

De netwerkpraktijk: hét samenwerkingsverband van de toekomst?

Een aantal ontwikkelingen doen de druk op de eerstelijnszorg toenemen. Mensen worden gemiddeld ouder en brengen steeds meer levensjaren in ziekte door.¹ Er is meer aandacht voor en ook een toename van het aantal psychische aandoeningen en welvaartziekten.

Door de afbouw van het aantal ziekenhuisbedden en een veranderde ziekenhuisfinanciering verkorten de trajecten van patiënten in de tweede en derde lijn, waardoor de druk op de thuiszorg en met name de niet-planbare zorg toeneemt.²

Een complexere samenleving met meer diversiteit, verschillende gezinsvormen en seriële crisissen (Covid-19, woon-, energie-, vluchtelingen crisis, ...) veranderde de zorgnoden van de bevolking.³

De optelsom van deze problemen laat zich niet eenvoudig oplossen. Beleidsmakers beseffen ondertussen dat er een hele set van maatregelen nodig is om ook de toegankelijkheid van de huisartsen te vrijwaren. Voldoet het huidige praktijkmodel nog en wat is de meerwaarde van een netwerkpraktijk in deze?

Uit cijfers blijkt dat huisartsen nog meer bevraagd worden sinds de Covid-19-pandemie.^{4,5} De gemiddelde zorgvraag wordt steeds complexer^{6,7} en er worden ook meer zorgvragen per consultatie gesteld. Het aantal teleconsultaties en de gemiddelde duurtijd van een teleconsultatie nemen toe, net als de administratieve druk.⁵ In een recente enquête geven 75% van de bevraagde Belgische huisartsen aan een hoge werkdruk te ervaren, in het bijzonder de oudere mannelijke soloartsen.⁵ Het is net die groep die de komende jaren in grote getale op pensioen zullen gaan, waardoor de toegankelijkheid van huisartsen nog meer onder druk zal komen te staan. Men schat dat er ongeveer 1,5 voltijdsequivalent nieuwe huisartsen nodig is om één oudere huisarts te vervangen.⁵

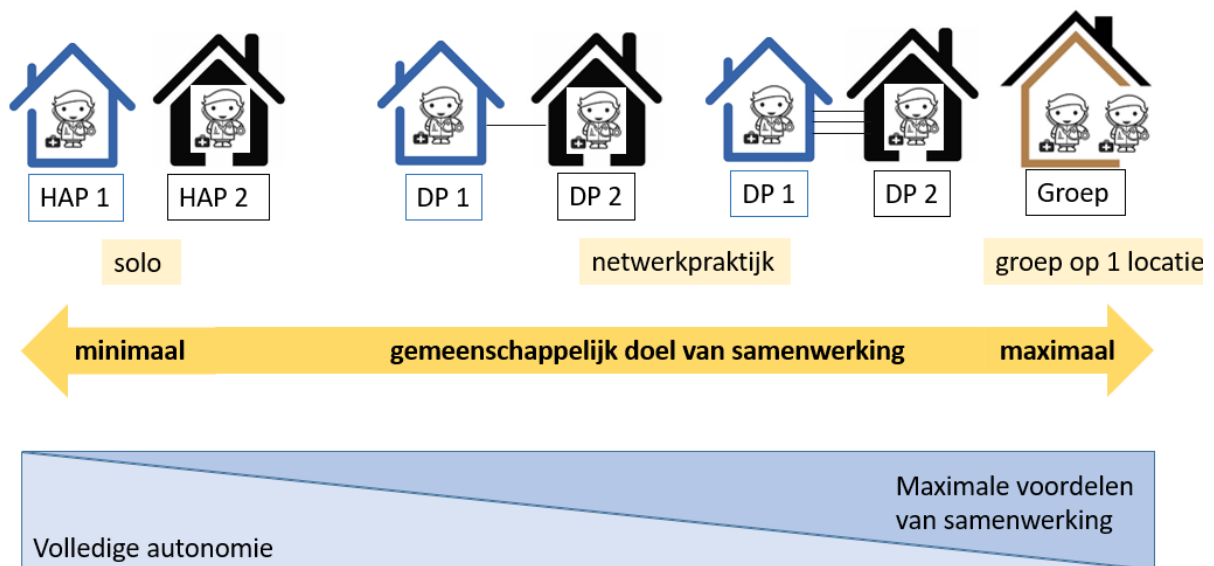
Oudere huisartsen vinden anno 2024 nog moeilijk een jongere collega om mee te associëren of de praktijk te laten overnemen. De redenen hiervoor kunnen divers zijn. Vaak houden soloartsen praktijk aan hun eigen woning, wat een overname van de praktijk complexer kan maken. Doorgaans zijn praktijken van solo werkende artsen niet voorzien op de mogelijkheid om parallel met meerdere artsen of praktijkondersteuners te werken of is er onvoldoende parkeerruimte aan de praktijk¹¹. De verantwoordelijkheid om zonder praktijkondersteuner(s) een grote patiëntenpopulatie te moeten opvolgen, met een bedreigd werk-privé evenwicht, zet jongere huisartsen aan om aan te sluiten bij een goed georganiseerde multidisciplinaire huisartsenpraktijk, eerder dan bij een soloarts.¹² Overigens 40% van de soloartsen in België wil zich ook aansluiten bij een groepspraktijk.⁵

Dan maar met z'n allen samen werken in een groepspraktijk? Niet iedere huisarts kan en wil in een groepspraktijk werken en lang niet alle bestaande groepspraktijken zijn op zoek naar een uitbreiding van het team of oordelen dat een uitbreiding de werkbaarheid in het gedrang kan brengen. Sommige groepspraktijken botsen op dezelfde ruimtelijke beperkingen als praktijken van soloartsen. Voor de startende huisarts kan een eigen praktijk oprichten ook een optie zijn, maar het blijft een risico onderneming. De vrijheid en onafhankelijkheid die men hierbij geniet, weegt voor vele jonge huisartsen onvoldoende op tegen de continue permanentie en flexibiliteit die men aan de patiënten dient aan te bieden. Bovendien is niet iedere startende huisarts voldoende kapitaalkrachtig om een eigen praktijk uit de grond te stampen.

Misschien kan men in dergelijke situaties opteren voor het oprichten van een netwerkpraktijk. Het betreft een samenwerkingsverband tussen minstens 2 huisartsenpraktijken (deelpraktijken) in een zelfde regio. De deelpraktijken werken autonoom maar door duurzaam samen te werken, beoogt men een betere patiëntenzorg.¹³

De reden van oprichten, de graad van samenwerking, het organigram, de juridische en financiële structuur van een netwerkpraktijk kan sterk variëren en hangt voornamelijk af van de noden van de deelpraktijken en de mate waarin de netwerkpraktijk de ingeschreven patiëntenpopulatie van elke deelpraktijk opvolgt. Zo kan een netwerkpraktijk ontstaan vanuit de nood om permanentie te voorzien tijdens vakantieperiodes of ziekte, andere deelpraktijken wensen een praktijkassistente of VIHP te delen, samen verbruiksmaterialen aan te kopen, ...

Naarmate het gemeenschappelijke doel van het samenwerkingsverband groeit, verruilen de deelnemende artsen autonomie voor een aantal samenwerkingsvoordelen.



*HAP = huisartsenpraktijk *DP = deelpraktijk

Voor een startende huisarts reduceert de instap in een netwerkpraktijk een aantal financiële risico's. Hij of zij kan immers onmiddellijk genieten van het opgebouwde patiëntenbestand van de andere deelpraktijk(en). Door onkosten te delen en middelen te bundelen, kan men een groter schaafeffect realiseren en tot een comfortabelere beroepsuitoefening komen.

Voor een overbevraagde huisarts biedt de deelname aan een netwerkpraktijk een opportuniteit om professionele activiteiten af te bouwen met behoud (of optimalisering) van de zorgcontinuïteit. Mits een goede organisatie (bv een gedeeld EMD, een gemeenschappelijke patiëntenagenda etc.), kunnen alle deelpraktijken de zorg efficiënter inrichten ten gunste van het werk-privé evenwicht van de deelnemende artsen.

Bij opstart behouden de deelpraktijken een belangrijke vorm van onafhankelijkheid en een eigen identiteit. Zoals in elk samenwerkingsverband moet er in een netwerkpraktijk voldoende overlegmomenten voorzien worden, zeker omdat er praktijk wordt gehouden op verschillende locaties. Er dienen afspraken over de praktijkorganisatie gemaakt te worden: hoe patiënten informeren over de werking van de netwerkpraktijk, hoe omgaan met de GDPR wetgeving, hoe permanenties regelen, ... ?¹³

Een overlegmodel waarbij men goede praktijkvoorbeelden kan uitwisselen, een gemeenschappelijke missie en visie ontwikkelt en ook bij elkaar terecht kan voor sociale steun, komt uiteindelijk steeds de patiënt ten goede.

Zo men praktijkondersteuners wil aanwerven, biedt de netwerkpraktijk doorgaans een interessanter kader dan wanneer men solo werkt. De deelpraktijken beschikken samen immers over meer

middelen, meer kabinetten en een grotere patiëntenpopulatie om de praktijkondersteuners voor in te zetten. Een samenwerking met praktijkondersteuners, zoals een praktijkassistente en VIHP, biedt de mogelijkheid om adequatere zorg te verlenen en tegemoet te komen aan de toenemende en complexere zorgnoden van patiënten.

Een netwerkpraktijk oprichten en ontwikkelen, kan met een zekere geleidelijkheid gebeuren. Het valt aan te raden om dit proces te laten faciliteren door een derde (neutrale) partij, zeker bij opstart en bij elke belangrijke verandering in het samenwerkingsverband.¹³ Bij aanvang gaat men op zoek naar gelijkgezinde collega's met wie het klikt en met wie er een wederzijds vertrouwen kan worden opgebouwd. Men evalueert de gemeenschappelijke noden, zowel op niveau van de deelnemende artsen als van de patiënten, en bekijkt of een samenwerkingsverband voor iedereen een meerwaarde kan bieden. Wie kan toetreden tot het samenwerkingsverband (en hoe), is er nood aan praktijkondersteuning, hoe wordt de aansprakelijkheid van de deelnemende artsen geregeld, wat is het deontologisch kader, hoe regelt men permanenties en afwezigheden, in welke mate wil men kosten en inkomen delen, ...? Antwoorden op dergelijke vragen bepalen het vormelijk, financieel en juridisch kader van het samenwerkingsverband.

Als men hieruit besluit een netwerkpraktijk op te richten, kan men meestal snel schakelen. In de deelpraktijken kunnen immers alle zorgactiviteiten blijven doorgaan zoals voorheen, voor er sprake was van een netwerkpraktijk.

De graad van samenwerking kan rustig groeien en wordt best regelmatig geëvalueerd en bijgestuurd aan de hand van de bevindingen en noden van de deelnemende artsen en de patiënten.¹⁴ **Sommige netwerkpraktijken zullen uiteindelijk evolueren naar een groter samenwerkingsverband op 1 locatie, andere netwerkpraktijken blijven behouden of vallen terug uit elkaar.**

Hoewel de aangeboden zorg veranderde, bijvoorbeeld op vlak van preventie en het implementeren van protocolzorg, is deze nog te vaak onsamenhangend en te weinig op elkaar afgestemd.

In de toekomst is er wellicht een bredere hervorming van de eerstelijnszorg nodig om de Quintuple Aim doelstellingen te behalen. Grotere samenwerkingsverbanden tussen lokale besturen, nulde en eerste lijn kunnen dan ingezet worden om tegemoet te komen aan de zorgnoden van de lokale bevolking in de wijk of buurt. Die zogenaamde eerstelijnsnetwerken in bijvoorbeeld Gent en Leuven tonen nu al hun meerwaarde.

In afwachting hiervan kunnen kleinere samenwerkingsverbanden, mono- en interdisciplinair, intra- en extramuraal reeds belangrijke stappen vooruit betekenen in de betere toegankelijkheid van de lokale eerstelijnszorg. Mogelijk nodigt dit praktijkmodel een aantal jonge huisartsen uit om zich te vestigen in de meest huisartsenarme regio's en kan dit helpen om de geografische spreiding van huisartsen te blijven garanderen.

Domus Medica selecteerde dit jaar voor u een aantal netwerkpraktijken die we in de kijker willen zetten.

zit men in een spagaat en kunnen patiënten ook steeds moeilijker terecht bij een huisarts. Patiëntenstops lijken meer regel dan uitzondering te worden². Om de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te vrijwaren, moeten we dus nadenken of en hoe we de eerstelijnszorg anders kunnen organiseren.

Misschien kan deze praktijkvorm zelfs jongere artsen naar huisartsenarme regio's lokken.

Bronnen

- Literatuurstudie
- Focusgroep (september 2022)
- Bevraging Domus Medica van 15 tal netwerkpraktijken in Vlaanderen (november 2022)

Domus Medica (2023). *Het oprichten van een netwerkpraktijk: een structurele oplossing voor de toenemende zorgvraag in de eerste lijn?* [Webinar].

RIZIV. *Uw huisartsengroepering laten registreren.* (geraadpleegd op 4 april 2023)

SBB (2022). *Delen van personeel met andere artsen.* [Webinar].

SBB. *Twee jaar GDPR: hoe goed heb je je privacy-zaken voor elkaar?*

<https://www.eerstelijnszone.be/eerstelijnsnetwerken>

<https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/16/huisartsentekort/>

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_nlim_associates_-_rapport_tijdsindeling_huisartsen.pdf

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/eerste-lijn/eindrapport-toegankelijkheid-huisartsengeneeskunde>

HA arme regio's: <https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/huisartsentekort-eerste-stenen-vallen-om.html>

ter

1. <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/sterfte-en-levensverwachting/sterftetafels-en-levensverwachting>
2. Toegankelijkheid huisartseneeskunde. Fase 1: ontwikkeling methodiek en applicatie. Versie 27/10/2022 Domus Medica, Ugent en Vivel.
https://www.domusmedica.be/sites/default/files/bijlagen/Toegankelijkheid%20HA%20geneeskunde_Rapport%20fase1_voor%20verspreiding.pdf
3. Chaib L. O. Druk op de eerste lijn. Geïntegreerde concepten in welzijns-, justitieel en bestuurlijk beleid. Steunpunt Mens en Samenleving. 13 maart 2023.
4. <https://www.ima-aim.be/Huisartsencontacten-in-Belgie>
5. Beersmans A., Euben T., Gils M. Rapport: analyse tijdsbesteding huisartsen.
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20230417_nlim_associates_-_rapport_tijdsindeling_huisartsen.pdf

6. Heins M., Vanhommerig J., Knottnerus B., Hooiveld M. Impact coronapandemie op aantal en type huisartscontacten in de tweede helft van 2022. Utrecht: Nivel, 2023.
7. Cel Planning van het Aanbod van de Gezondheidszorgberoepen, Dienst Gezondheidszorgberoepen en Beroepsuitoefening, DG Gezondheidszorg, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Monitoring van de workforce artsen – Nieuwe elementen en impact Covid-19 ter bepaling van de quota artsen 2029-2033. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/monitoring_van_de_workforce_artsen_-_nieuwe_elementen_en_impact_covid-19_ter_bepaling_van_de_quota_artsen_2029_-_2033.pdf
8. HWF Advies inzake de contingentering van de artsen (bepalen quota 2027).
9. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/jobbeurs-voor-huisartsen-een-schot-in-de-roos.html?email=drl@denetelier.be&mtoken=efa7eca893e47be520f22f650c1bc566ff29be31fd870eed60ecc10acd1628133acfb2b99b9f4f0c3e1b2f0ab63037ef6bff01d0f59101902339c2c9ebff83e8&return_url=https%3A%2F%2Fenews.mobiledoc.be%2Fnewsletter%2F12379&utm_campaign=eMS%20Sept4B%20NL%20%7C%202023&utm_content=&utm_medium=email&utm_source=RMNet&utm_term=
10. <https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/huisartsentekort-eerste-stenen-vallen-om.html>
11. Selleslagh P. https://www.medi-sfeer.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/we-evolueren-van-chronisch-naar-acuut-huisartsentekort-berchemse-huisartsen.html?email=drl@denetelier.be&mtoken=efa7eca893e47be520f22f650c1bc566ff29be31fd870eed60ecc10acd1628133acfb2b99b9f4f0c3e1b2f0ab63037ef6bff01d0f59101902339c2c9ebff83e8&return_url=https%3A%2F%2Fenews.mobiledoc.be%2Fnewsletter%2F12531&utm_campaign=eMS%20Oct3D%20NL%20%7C%202023&utm_content=&utm_medium=email&utm_source=RMNet&utm_term=
12. Verraes A., Ryssaert L., Termote L, Avonts D. Waarom verlaten jonge huisartsen het huisartsenberoep? Enquête bij afgestudeerde HAIO's en hun partner. Huisarts Nu 2014;43:123-5.
13. Domus Medica (2023). Het oprichten van een netwerkpraktijk: een structurele oplossing voor de toenemende zorgvraag in de eerste lijn? [Webinar].
14. SBB. Wegwijzers voor zelfstandige ondernemers en vrije beroepen. <https://www.sbb.be/nl/publicaties/wegwijzers/samenwerken-voor-vrije-beroepen>
15. Meul I., Thijs G. Samenwerken in 5 stappen. Huisarts Nu 2016;2:71-72.
16. Dierickx A., Goossens B., Sels C. Samenwerken in de zorg. D/2018/0147/199
17. Van Goethem R., Briké S. Artsenassociaties: over professionele samenwerkingsverbanden tussen artsen. Mortsel: Intersentia;2023:398. ISBN 978-94-000-1554-8.